

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

**CLÍNICA E TÉCNICAS EM GASTROENTEROLOGIA
ESTÁGIO NO SERVIÇO DE GASTROENTEROLOGIA DO CENTRO
HOSPITALAR DO PORTO**

Ana Isabel da Costa Leite

Orientador:
Professora Doutora Isabel Pedroto

Porto 2017

1. RESUMO

O referido estágio decorreu no serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Porto, entre o dia 10 de abril e 28 de abril de 2017, num total de 83 horas, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Pedroto, Diretora de Serviço.

A escolha pelo estágio hospitalar deveu-se à vertente de aplicação direta, prática e contínua de conhecimentos, numa área pela qual tenho desenvolvido particular interesse, pela abrangência clínica e técnica.

Os objetivos propostos inicialmente consistiam em explorar o funcionamento e dinâmica de um serviço hospitalar, no qual me pudesse integrar, e, simultaneamente, consolidar conhecimentos acerca da fisiopatologia do sistema digestivo e técnicas auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

Ao longo das três semanas, tive a oportunidade de contactar com as várias valências da especialidade, como sendo o centro de endoscopia e outras técnicas, o internamento e ainda a consulta externa, o que me permitiu assimilar o tipo de patologias mais prevalente e as diversas abordagens a adotar em cada uma.

O presente relatório pretende ser uma descrição pormenorizada das atividades nas quais participei, com destaque final de dois casos clínicos observados que despertaram maior curiosidade.

2. ABSTRACT

This internship took place in the Gastroenterology Department in Centro Hospitalar do Porto, between April the 10th and April the 28th, lasting 83 hours, tutored by Prof. Dra. Isabel Pedroto, the department Director.

I chose to do a hospital internship due to the possibility to apply my knowledge in a direct, practical and continuous way, in an area in which I have been developing a particular interest, due to its clinical and technical range.

My initial objectives were to explore the dynamic of a hospital medical department, in which I could integrate myself, and, simultaneously, strengthen my previous knowledges about the digestive system pathophysiology, as well as the diagnostic and therapeutic techniques.

Throughout these three weeks, I had the opportunity to contact with several specialty fields, such as the endoscopy and other techniques center, the commitment area, and the scheduled medical appointments, which allowed me to understand what are the most prevalent pathologies, as well as the approach chosen for each one.

This present report is a detailed description of the activities in which I participated, with two clinical cases that stimulated my curiosity featured last.

3. AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Pedroto, a minha orientadora, pela confiança depositada e por ter aceitado orientar o meu estágio, sabendo as inúmeras responsabilidades profissionais que tem a seu cargo.

A todos os profissionais de saúde do serviço de Gastreenterologia, que sempre se mostraram receptivos e disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas e particularmente preocupados em integrar-me na dinâmica do serviço.

4. ÍNDICE

1. Resumo.....	1
2. Abstract.....	2
3. Agradecimentos.....	3
4. Índice.....	4
5. Abreviaturas.....	5
6. Introdução.....	6
7. Discussão.....	8
7.1 A Gastreenterologia.....	8
7.2 Atividades desenvolvidas.....	11
7.2.1 Técnicas em Gastreenterologia.....	11
7.2.1.1 Centro de Endoscopias.....	12
7.2.1.2 Setor de ultrassons.....	12
7.2.1.3 Laboratório de motilidade digestiva.....	13
7.2.2 Internamento.....	14
7.2.3 Consula Externa.....	16
7.2.3.1 Gastreenterologia Geral.....	17
7.2.3.2 Hepatologia.....	18
7.2.3.3 DII.....	19
7.2.3.4 Risco Oncológico.....	20
7.2.3.5 Proctologia.....	21
7.2.3.6 Patologia Esofágica.....	22
7.2.3.7 Pâncreas e Vias Biliares.....	22
7.3 Casos Clínicos.....	25
7.3.1 Caso Clínico A.....	25
7.3.2 Caso Clínico B.....	28
8. Conclusão.....	31
9. Referências Bibliográficas.....	32
10. Anexos.....	35

5. ABREVIATURAS

BB – β -bloqueadores

CAT – Centro de Atendimento ao Toxicodependente

CE – Consulta externa

CED – Centro de Endoscopia Digestiva

CHC – Carcinoma hepatocelular

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CPRE – Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

CU – Colite ulcerosa

DC – Doença de Crohn

DII – Doença inflamatória intestinal

DRGE – Doença de Refluxo Gastroesofágico

EDA – Endoscopia digestiva alta

EED – Espasmo esofágico difuso

ETR – Elastografia em Tempo Real

HAI – Hepatite Auto-imune

HDA – Hemorragia digestiva alta

HTA – Hipertensão arterial

HTP – Hipertensão portal

IBP – Inibidor da bomba de prótons

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PAAF – Punção aspirativa com agulha fina

PAF – Polipose adenomatosa familiar

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade curricular

VE – Varizes esofágicas

VHB – Vírus Hepatite B

VHC – Vírus da hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

6. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio representa o culminar de um estágio curricular de 83 horas no Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP), realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, inserida no 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).

A escolha da modalidade de “Relatório de Estágio” teve como base a vertente de aplicação direta de conhecimentos, inserida num ano que se quer profissionalizante. O estágio dar-me-ia, assim, a oportunidade de explorar o funcionamento e dinâmica de um serviço hospitalar, de uma forma contínua e prática.

A decisão do serviço hospitalar no qual gostaria de realizar o estágio foi igualmente simples, uma vez que a Gastreenterologia é um domínio da medicina pelo qual desenvolvi particular interesse. De facto, a minha curiosidade em relação a esta área estende-se desde a fisiopatologia do sistema digestivo até à imensa variedade de patologias e órgãos acometidos, passando pelas diversas técnicas de diagnóstico e terapêutica. Um estágio no serviço do CHP seria, então, uma excelente plataforma para consolidar e aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, particularmente no módulo “Gastreenterologia” da UC “Medicina I”, no 4º ano.

Os objetivos traçados inicialmente para este estágio foram: reconhecer a importância da prática clínica na formação pré-graduada, particularmente da Gastreenterologia; consolidar conhecimentos teórico-práticos alcançados em anos anteriores, assim como adquirir novas aptidões e aprendizagens; adquirir progressivamente maior autonomia nas atividades da enfermaria, através do aperfeiçoamento das técnicas de colheita de história clínica, da realização do exame objetivo e de comunicação com o doente; desenvolver o raciocínio clínico/crítico e articulá-lo com os exames complementares de diagnóstico e as diversas opções terapêuticas; desenvolver a capacidade de trabalho e comunicação no contexto da equipa multidisciplinar; descrever as atividades desenvolvidas e respetivo impacto na minha formação pessoal e profissional.

Por conseguinte, e tendo em mente a multiplicidade de atividades executadas numa especialidade tão abrangente como a Gastreenterologia, foi proposta a realização do estágio no serviço de Gastreenterologia do CHP sob a orientação da Prof. Dra. Isabel Pedroto, ao longo de 3 semanas (de 10 de abril a 28 de abril de 2017), num total de 83 horas, distribuídas objetivamente em diferentes áreas de trabalho clínico (Quadro 1). O tempo destinado a cada uma das áreas,

bem como a escolha das mesmas, foi previamente discutido com a Prof. Dra. Isabel Pedroto que, após uma descrição detalhada da dinâmica diária do serviço, me delegou a calendarização final, tencionando que o estágio fosse totalmente de encontro aos meus objetivos e interesses pessoais.

O presente relatório, escrito na primeira pessoa, pretende dar a conhecer a minha experiência pessoal em Gastreenterologia, com descrição de todas as atividades realizadas nas diferentes unidades funcionais que constituem o serviço. Por fim, descrevo dois casos clínicos com os quais me deparei em diferentes modalidades (consulta externa [CE] e/ou internamento) que, pela sua pertinência, considere importante destacar.

Quadro 1 – Distribuição das atividades

10 – 14 abril (29 horas)	17 – 21 de abril (31 horas)	24 – 28 de abril (23 horas)
Centro de Endoscopias	Centro de Endoscopias	Centro de Endoscopias
Internamento	Setor de Ultrassons	Setor de Ultrassons
CE: Hepatologia Pâncreas e vias biliares Patologia esofágica Gastreenterologia geral	Internamento	Laboratório de motilidade digestiva
	CE: Risco oncológico Proctologia Doença Inflamatória Intestinal Gastreenterologia geral	Internamento
		CE: Doença Inflamatória Intestinal Gastreenterologia geral

7. DISCUSSÃO

7.1 A Gastreenterologia

A necessidade de destacar a Gastreenterologia como especialidade médica autónoma surgiu na década de 50 do século XX, na sequência de desenvolvimentos científicos ligados à especialidade, surgindo o reconhecimento da carreira hospitalar cerca de 20 anos mais tarde⁽¹⁾.

À semelhança do que acontece em outros países ocidentais, a incidência e prevalência das queixas gastrointestinais em Portugal é relativamente elevada, o que se traduz numa grande necessidade de recursos técnicos e humanos. Adicionalmente, o crescente conhecimento científico acerca da fisiopatologia de muitas doenças que acometem o sistema digestivo, aliado ao desenvolvimento tecnológico das mais variadas técnicas de diagnóstico e terapêutica, influenciaram os serviços no sentido da criação de áreas diferenciadas dentro da Gastreenterologia⁽¹⁾, tais como Hepatologia, Proctologia, Endoscopia Digestiva, entre outros.

A nível hospitalar, esta diferenciação traduz-se em cinco componentes essenciais:

Internamento

Área responsável pela permanência e vigilância clínica dos doentes admitidos no serviço, a maioria por episódio inicial de uma patologia a classificar ou por agudização/descompensação de uma doença crónica de base já conhecida.

Consulta externa

Valência de vital importância na prestação de serviços à comunidade, permitindo o acesso a cuidados de saúde diferenciados e programados em regime de ambulatório. De forma a providenciar uma melhor gestão e seguimento dos doentes, e dada a vasta área patológica a cargo desta especialidade, constata-se a subespecialização da CE em determinadas áreas, que apresentam grande variabilidade dentro da rede hospitalar nacional. Assim, a especificação dos tipos de CE prestados pelo CHP, aos quais tive a oportunidade de assistir, estará integrada no módulo subsequente.

Centro de Endoscopia

Setor a cargo da realização de múltiplos exames complementares de diagnóstico e procedimentos terapêuticos. Inclui:

- Endoscopia Digestiva Alta (EDA)
- Colonoscopia total
- Retosigmoidoscopia
- Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)
- Enteroscopia por cápsula
- Técnica de realização de gastrostomia percutânea (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*)

De entre os procedimentos endoscópicos terapêuticos, destacam-se:

- Polipectomia/mucosectomia
- Hemostase de hemorragia digestiva
- Dilatação de estenoses
- Remoção de corpos estranhos
- Descompressão de vólvulos intestinais
- Tratamento paliativo (neoplasias estenosadas, por exemplo)

Setor dos Ultrassons

Setor a cargo da realização de múltiplos exames que têm por base a utilização dos ultrassons. Inclui:

- Ecografia abdominal
- Ecografia com contraste
- Biópsia hepática ecoguiada
- Ecoendoscopia (diagnóstica e de intervenção)
- Fibroscan®
- Elastografia em Tempo Real (ETR)

Laboratório de Motilidade Digestiva

Setor direcionado ao estudo fisiológico e motor do trato digestivo, com recurso a várias técnicas. Inclui:

- Manometria ano-retal e esofágica
- pHmetria esofágica ambulatoria (convencional ou sem fios)
- Estudo da impedância esofágica
- Estudo do tempo de trânsito (oro-cecal ou cólon)

- Eletromiografia anal
- Defecografia
- *Biofeedback*
- Teste respiratório da ureia

Todas as componentes organizacionais descritas foram observadas no serviço de Gastreenterologia do CHP. Saliento a interdisciplinaridade e facilidade de comunicação entre os profissionais de saúde das várias áreas, o que me permitiu ter acesso aos procedimentos diagnósticos agendados e patologias admitidas ao longo de cada dia.

7.2 Atividades desenvolvidas

A descrição das atividades nas quais tive a oportunidade de participar encontra-se dividida em 3 partes: técnicas em Gastreenterologia, internamento e consulta externa. Em cada uma das secções, é feita referência não só às patologias abordadas, mas também a eventuais tópicos de destaque que foram discutidos com os vários tutores.

7.2.1 Técnicas em Gastreenterologia

A necessidade de criar métodos não-invasivos, tanto diagnósticos como terapêuticos, aliada ao constante desenvolvimento tecnológico, muniu o especialista em Gastreenterologia de um vasto arsenal de técnicas que possibilitam o controlo, seguimento e resolução completa de diversos quadros clínicos.

Quadro 2 – Descrição das técnicas observadas

Local	Tipo de exames observados	Número de exames observados
Centro de Endoscopia	EDA	3
	Colonoscopias	6
	Colangiopancreatografia retrógada endoscópica (CPRE)	3
	Enteroscopia por cápsula	1
Setor de Ultrassons	Ecografia abdominal	4
	Ecografia com contraste	2
	Biópsia hepática ecoguiada	2
	Ecoendoscopia alta	2
	Ecoendoscopia anal	2
	ETR	4
	Fibroscan®	4
Laboratório de Motilidade Digestiva	Manometria ano-retal	1
	<i>Biofeedback</i>	1
	Teste respiratório da ureia	2
TOTAL		37

7.2.1.1 Centro de Endoscopia Digestiva

O setor de endoscopia digestiva está inserido num espaço físico denominado Centro de Endoscopia Digestiva (CED), que também abrange outro tipo de técnicas não-endoscópicas, sob a coordenação da Dra. Sílvia Barrias.

Diretamente acoplados ao CED existem 4 salas de endoscopia digestiva (habitualmente, três funcionam sem anestesia e uma com anestesia), uma sala de desinfecção, uma sala de recobro, um posto para os serviços administrativos e um gabinete médico para elaboração de relatórios.

Quadro 3 – Motivos para a realização dos exames endoscópicos

Exame	Motivo	Número de exames
EDA	Vigilância de varizes esofágicas (VE) previamente erradicadas	2
	Mucosectomia na incisura gástrica para exérese de focos de displasia de baixo grau	1
Colonoscopias	Retorragias	2
	Vigilância de pólipos/polipose cólon e reto	1
	Polipectomia	2
	Anemia ferropriva não esclarecida	1
CPRE	Colocação de prótese paliativa na via biliar principal em doente com neoplasia cefalopancreática	2
	História de pancreatites recorrentes	1
Enteroscopia por cápsula	Anemia ferripriva não esclarecida (EDA e colonoscopia sem alterações)	1

7.2.1.2 Setor de Ultrassons

Quadro 4 – Motivos para a realização dos exames no setor de ultrassons

Exame	Motivo		Número de exames
Ecografia abdominal	Rastreio de carcinoma hepatocelular (CHC) em doentes com cirrose por	Vírus da Hepatite C (VHC)	3
		Cirrose alcoólica	1
Ecografia abdominal com contraste	Estudo de nódulo hepático (avaliar comportamento após injeção de contraste IV)	Hemangioma	1
		Não foi possível obter diagnóstico específico	1
Biópsia hepática	Estudo de doença hepática de etiologia desconhecida		2
Ecoendoscopia alta	Estudo através de técnica de punção aspirativa com agulha fina (PAAF)	Adenopatia mediastínica	1
		Nódulo cefalopancreático	1
Ecoendoscopia anal	Estudo de potenciais alterações anatómicas que explicassem o quadro de incontinência fecal		2
ETR e Fibroscan®	Avaliação do grau de fibrose hepática em doentes cronicamente infetados com VHC		2

7.2.1.3 Laboratório de motilidade digestiva

Quadro 5 – Motivos para a realização dos exames de motilidade digestiva

Exame	Motivo	Número de exames
Manometria ano-retal	Estudo de perdas fecais involuntárias	1
Biofeedback	História de incontinência fecal	1
Teste respiratório de ureia	Deteção da infeção por <i>Helicobacter pylori</i> em doente com queixas dispépticas	1
	Confirmação da erradicação de <i>Helicobacter pylori</i> pós-terapêutica farmacológica	1

As técnicas em Gastreenterologia têm suscitado um crescente interesse pela exequibilidade de vários procedimentos de uma forma não invasiva, com vantagens óbvias para o doente e para o hospital. Esta área é particularmente fascinante para os alunos, grupo no qual me integro, em parte devido à escassez de contacto com técnicas de diagnóstico e terapêutica, de várias especialidades, ao longo do curso. Assim, durante o estágio, tentei participar nos procedimentos que considero mais pertinentes, tendo estabelecido noções globais acerca dos mesmos que levarei para o meu futuro profissional.

As exceções óbvias são a pHmetria e manometria esofágica, que não tive a oportunidade de observar por falta de compatibilidade entre a calendarização do meu estágio e o agendamento dos mesmos, apesar de ser do maior interesse.

7.2.2 Internamento

Durante todo o período de estágio, considerei importante inteirar-me do tipo de patologias admitidas, de uma forma geral, no serviço de Gastreenterologia, bem como da etiologia do quadro clínico principal e ainda do impacto orgânico e funcional de cada uma delas. Tive a oportunidade de interagir com doentes todas as semanas, o que me permitiu observar múltiplas patologias (Quadro 6) e desenvolver e melhorar as técnicas de comunicação médico-doente e de exame físico, aspetos de vital importância em ambas as fases pré e pós-graduada.

A minha integração no internamento foi facilitada pelo seguimento dos profissionais de saúde responsáveis por este setor, dos quais destaco os internos de especialidade e a equipa de enfermagem, que me ajudaram a ter uma visão clara da dinâmica do serviço e a compreender os motivos de admissão mais frequentes. Deste modo, de forma simples e objetiva, as principais razões que justificam um internamento no serviço de Gastreenterologia são:

- Estudo diagnóstico e etiológico de episódio inicial de patologia digestiva desconhecida;
- Descompensação ou agudização de doença crónica conhecida previamente;
- Monitorização hemodinâmica após a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos;
- Realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos ou estudo etiológico de patologia digestiva de doentes encaminhados da CE.

A participação na reunião de serviço, realizada semanalmente às sextas-feiras, pelas 8h30, nas quais eram apresentados e discutidos os vários casos clínicos admitidos no internamento ao longo da semana, permitiu-me construir uma visão abrangente do tipo de abordagem adotada em cada caso, bem como das dificuldades em gerir alguns quadros que vão surgindo.

Quadro 6 – Motivos de admissão ao internamento

Hemorragia Digestiva Alta (HDA)	Rutura de varizes esofágicas (VE)	6
	Úlcera gástrica	2
	Úlcera duodenal	3
	Angiectasias gástricas	1
	Angiectasias duodenais	1
	Laceração de Mallory-Weiss	1
Hemorragia digestiva baixa	Doença diverticular	2
	Obscura	3
Retorragias	Ulceração reto e sigmóide	1
	Proctopatía rádica	1
Doença Inflamatória Intestinal (DII) agudizada	Doença de Crohn (DC)	2
	Colite ulcerosa (CU)	3
Colangite aguda		7
Colite infecciosa		3
Pancreatite aguda		3
Úlceras jejunais		4
Vigilância pós-CPRE		2
Laqueação de VE		1
Doença hepática descompensada		1
Hepatite aguda medicamentosa		1
Esofagite iatrogénica		1
Hematoma esofágico		1
Ileocolite de etiologia indeterminada		1
Adenocarcinoma gástrico		1
Hemoperitoneu		1
Laceração iatrogénica do corpo gástrico pós-CPRE		1

7.2.3 Consulta Externa

Os doentes observados na CE são encaminhados por quatro modos essenciais:

- Pelo Médico de Família;
- Por outras especialidades médicas;
- Após estudo em internamento;
- Após passagem pelo Serviço de Urgência (SU).

Cada horário de consulta contemplava, geralmente, entre duas a três primeiras consultas que, pela necessidade de se proceder a uma colheita de história clínica e exame físico completos, tendiam a ser um pouco mais demoradas que as consultas de seguimento. Nas consultas subsequentes, era feito o acompanhamento periódico de doentes com patologia crónica, no sentido de avaliar a evolução da doença, a adesão à terapêutica e a elaboração de planos ajustados a cada doente. Em alguns casos, é conduzido o estudo etiológico do quadro clínico em ambulatório, com a realização de exames complementares de diagnóstico seriados.

Tal como foi referido previamente, as divisões de CE são altamente variáveis dentro da rede hospitalar nacional. No caso do CHP, verifiquei a existência de oito subespecialidades essenciais:

- Gastrenterologia geral
- Hepatologia
- DII
- Risco oncológico
- Proctologia
- Patologia esofágica
- Pâncreas e vias biliares
- Transplante hepático

A minha participação na CE contemplou todas as subespecialidades, num total de 102 CE, com a exceção da CE de transplante hepático que, apesar de ser um tema igualmente interessante e escassamente abordado ao longo do curso, e sendo o CHP centro de referência a nível nacional para a realização de transplantes hepáticos, não consegui conciliar com as semanas do meu estágio.

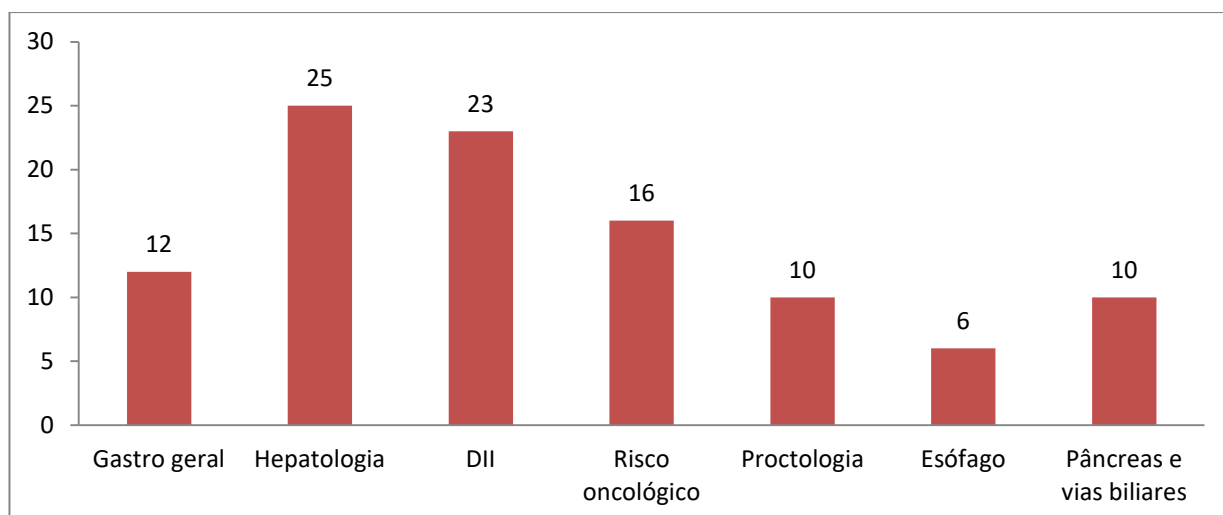


Gráfico 1 – Tipos de CE observadas

7.2.3.1 CE de Gastreenterologia Geral

Em tempos diferentes, foram observadas 12 consultas de Gastreenterologia geral, o que me permitiu fazer uma revisão concisa de alguns temas mais frequentemente abordados nesta consulta.

Pela epidemiologia desfavorável, saliento o rastreio do cancro colo-retal, traduzido nesta consulta pela vigilância de pólipos cólicos através da realização de colonoscopias periódicas, mediante o resultado histopatológico de uma polipectomia prévia (Anexo 1).

Ao longo da consulta, houve também uma breve referência aos pólipos gástricos, nomeadamente a possível correlação entre localização e etiologia, bem como riscos associados à progressão. Foram igualmente observados doentes com nódulos hepáticos de etiologia desconhecida, doentes que se apresentavam com anemia ferropriva e doentes em estudo por suspeita de doença celíaca, pelo que consolidei o algoritmo de abordagem inicial neste tipo de patologias.

Quadro 7 – Principal motivo da CE e número de doentes

Vigilância pós-polipectomia	2		Estudo de diarreia crónica	1
Estudo de nódulo hepático	1		Seguimento de doente com doença celíaca	1
Estudo de dispepsia funcional	1		Estudo de doente com suspeita de doença celíaca	1
Estudo de anemia ferropriva	2		Seguimento de doente com colite ulcerosa	1
Estudo de pólipos gástricos	1		Seguimento de doente com Síndrome de Lynch	1

7.2.3.2 CE de Hepatologia

A consulta de patologia hepática é particularmente sobrecarregada de casos complexos, quer do ponto de vista clínico, quer do foro social.

Na pequena amostra observada, constituída por 25 doentes, foi notório o domínio de duas etiologias de doença hepática: infeção por VHC, presente em 40% dos doentes, e a ingestão exagerada de álcool, contabilizada em 24% dos doentes da consulta. Juntas representam mais de dois terços dos doentes observados na consulta, o que vai de encontro à epidemiologia mundial⁽²⁾.

Um dos temas mais debatidos ao longo da consulta foi a importância de manter uma vigilância apertada em doentes com doença hepática crónica, devido ao elevado potencial de progressão para estádios mais avançados, como cirrose e suas complicações (hipertensão portal e VE) e ainda o temido CHC.

O surgimento de técnicas não invasivas para estudo do grau de fibrose hepática, como o Fibroscan®, representa uma enorme vantagem para este grupo de doentes, uma vez que evita a biópsia hepática e os múltiplos riscos que lhe estão inerentes. Nesta consulta pude, então, confirmar que o Fibroscan® já se encontra totalmente integrado no estudo ambulatorial de doentes com patologia hepática, tanto inaugural, como de seguimento.

Ainda no âmbito da vigilância de doentes com cirrose hepática documentada, constatei a pertinência da realização de rastreio de CHC, com ecografia abdominal de 6 em 6 meses e EDA para estudo de VE, conforme algoritmo próprio (Anexo 2).

Foi ainda discutida a introdução de β -bloqueadores (BB) para profilaxia de HDA por rutura de VE, de acordo com as recomendações atuais⁽³⁾. No entanto, os BB são fármacos

difíceis de titular, particularmente em doentes com bradicardias de base, pelo que exigem inicialmente um controlo mais apertado e com várias deslocações do doente ao hospital, o que nem sempre é possível. Por outro lado, esta terapêutica associa-se a múltiplos efeitos laterais, tais como impotência sexual e cefaleias, que podem levar o doente a, voluntariamente, abandonar o fármaco, o que representa um risco adicional para a rutura das VE⁽⁴⁾.

Por último, e devido à elevada prevalência do VHC nos doentes da consulta, foi brevemente abordado o tipo de estratégia terapêutica a iniciar perante um doente com infeção crónica pelo VHC, bem como o estudo hepático prévio ao qual foi submetido. A dificuldade no acesso aos novos fármacos aprovados é um tema ainda controverso, capaz de causar bastante angústia nos doentes.

Quadro 8 – Principal motivo da CE e número de doentes

Infeção por VHC	Documentada	10		Síndrome de sobreposição (Cirrose Biliar Primária e HAI)	1
	Suspeita (anticorpo anti-VHC positivo)	1			
Cirrose hepática alcoólica		6		Estudo de adenomas hepáticos	1
Infeção Vírus Hepatite B (VHB)		2		Colestase da gravidez com manutenção do padrão colestático pós-parto	1
Hepatite Auto-Imune (HAI)		1		Estudo provável hemocromatose	1
Cirrose biliar secundária por colangites de repetição		1		Estudo etiológico de esteatose hepática	1

7.2.3.3 CE de DII

No total das 23 consultas, assistidas em dois tempos diferentes, 15 foram realizadas a doentes com diagnóstico de CU, enquanto as restantes 8 incluíram doentes diagnosticados com DC. A prevalência na pequena amostra da consulta (65% com CU e 35% com DC, aproximadamente) é concordante com os dados epidemiológicos europeus, que demonstram uma maior prevalência de CU⁽⁵⁾.

A maioria dos doentes encontrava-se com a patologia em fase de remissão, pelo que a consulta se objetivou na análise dos resultados dos exames auxiliares de diagnóstico pedidos pelo médico na consulta anterior.

Contudo, quatro doentes foram sujeitos a um aumento da dose do imunossupressor (azatioprina), por se encontrarem sintomáticos, com manifestações que variavam desde a diarreia à dor abdominal difusa pós-prandial. Nesta fase, foram brevemente abordados os tipos de escalada terapêutica que é possível realizar nos doentes com DII, tendo em conta a clínica manifestada, grau de resposta aos fármacos previamente documentada e resultado de exames, endoscópicos ou não.

Fui igualmente alertada para a importância da suplementação com vitamina D (Vigantol®) e ácido fólico (Folicil®), particularmente nos doentes com DC, pela maior ou menor afetação da função absorptiva, que poderá condicionar défices vitamínicos importantes.

Por último, destaco a utilização da base de dados de DII, recentemente criada pelo Grupo de Estudo da Doença Inflamatória Intestinal (GEDII). Esta plataforma online permite que o médico introduza dados específicos de cada doente, como por exemplo a localização do atingimento digestivo, a terapêutica realizada no passado ou presentemente e ainda resultados de exames auxiliares de diagnóstico. Cada doente tem, então, o seu histórico de dados mais relevantes concentrado numa plataforma, o que potencia uma consulta de informação de uma forma rápida e integrada.

7.2.3.4 CE de Risco Oncológico

A consulta de risco oncológico foi particularmente enriquecedora, tendo em conta que desconhecia por completo a sua existência. Fiquei agradavelmente surpreendida por existir uma modalidade de consulta que, na prática, alia o conhecimento de várias especialidades médicas, tais como a Gastreenterologia, a Genética e a Oncologia, facto que traduz a interdisciplinaridade da medicina.

As 16 consultas observadas permitiram que fizesse uma revisão dos principais síndromes neoplásicos do sistema digestivo, tais como o Síndrome de Lynch e a Polipose adenomatosa familiar (PAF), com ênfase na periodicidade de repetição dos exames endoscópicos.

Quadro 9 – Principal motivo da CE e número de doentes

PAF	4		Vigilância de gastropatia atrofica	1
Síndrome de Lynch	6		Agendamento de colonoscopia com mucosectomia (lesão plana no ceco)	1
Vigilância pós-polipectomia	3		Agendamento de colonoscopia com polipectomia (múltiplos pólipos em estudo endoscópico prévio)	1

7.2.3.5 CE de Proctologia

No total das onze consultas observadas, destaco a patologia hemorroidária, não só como a principal etiologia de retorragias no adulto⁽⁶⁾, mas também como a patologia mais prevalente no grupo de doentes observados (Quadro 10).

Nesta modalidade de consulta, tive a oportunidade de observar e consolidar as diversas fases do exame ano-retal (observação do ânus > toque retal > introdução do anuscópio), bem como algumas das técnicas mais recorrentes em Proctologia, tais como a laqueação elástica e a fotocoagulação por infravermelhos.

Relativamente ao quadro de incontinência fecal e disfunção do pavimento pélvico que observei, confirmei a maior prevalência em doentes do sexo feminino, à semelhança do que acontece a nível mundial⁽⁷⁾. No sentido de detetar etiologias passíveis de serem tratadas de uma forma direccionada e com resultados imediatos, exames auxiliares de diagnóstico como a manometria ano-retal, técnicas de *biofeedback* e ecoendoscopia anal sobressaem no estudo deste tipo de patologias.

Quadro 10 – Principal motivo da CE e número de doentes

Retorragias	Patologia hemorroidária	4		Estenose anal de origem iatrogénica	1
	Proctite rádica	1		Seguimento de doente com obstipação crónica	1
Disfunção do pavimento pélvico		2		Estudo de doente com incontinência fecal	1
Estudo de doente com dor perineal		1			

7.2.3.6 CE de Patologia Esofágica

Dos 6 doentes observados na consulta de patologia esofágica, apenas um não estava relacionado com sintomas de refluxo gastroesofágico. De facto, a maioria dos doentes encaminhados para esta consulta, quer pelo médico de família, quer por outras especialidades médicas como Otorrinolaringologia, referiam pirose como queixa principal, frequentemente sem mais sintomas acompanhantes.

Deste grupo de 5 doentes com sintomas de refluxo gastroesofágico, dois tiveram a sua primeira consulta, pelo que pude rever e consolidar o algoritmo de abordagem a este tipo de queixas, que passa por realizar uma EDA e exames de motilidade, como a pHmetria e manometria esofágica. Os restantes três doentes apresentaram-se em consultas de seguimento e, insolitamente, não foi possível confirmar o diagnóstico de doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) em nenhum, uma vez que os exames de motilidade não apresentavam nenhuma alteração, apesar das queixas dispépticas típicas. Estes doentes eram tratados empiricamente com um inibidor da bomba de prótons (IBP), havendo apenas um caso totalmente refratário a esta classe farmacológica (que será abordado no módulo seguinte).

O último doente observado, que não referia sintomas de refluxo gastroesofágico, apresentou-se para uma primeira consulta, tendo sido encaminhado pelo SU para estudo de uma constrição esofágica aos 20cm, intransponível pelo endoscópico, que condicionou um quadro de impactamento alimentar. A abordagem adotada passou por agendar nova EDA, desta vez com recurso a uma dilatação esofágica e, possivelmente, biópsias de várias zonas do esófago, para despiste de uma esofagite eosinofílica.

7.2.3.7 CE de Pâncreas e vias biliares

A patologia mais observada no conjunto de 10 doentes foi o quisto pancreático (único ou múltiplos), presente em mais de um terço dos indivíduos desta pequena amostra, quer para estudo inicial, quer para seguimento. Ao longo da tarde foi discutido o aumento da incidência deste tipo de quistos, o que pode estar intimamente relacionado com o aumento da utilização de exames de imagem para sintomas não diretamente relacionados com os quistos, sendo categorizados, então, como incidentalomas. Os estudos mais recentes estabelecem a incidência desta patologia entre 2,6% e 19,5%, podendo chegar aos 25% em doentes com mais de 70 anos⁽⁸⁾, com um risco de malignidade de apenas 0,24% ao ano⁽⁹⁾. No entanto, a partir do

momento em que são detectados os quistos, os doentes têm de ser vigiados periodicamente com exames de imagem, independentemente da idade e por muito reduzida que seja a probabilidade de progressão maligna. Esta abordagem está de acordo com as *guidelines* atuais (Anexo 3), mas não é, de todo, consensual entre os especialistas.

Ao longo da consulta, foram igualmente abordadas outras patologias (Quadro 11), das quais destaco a colite microscópica, entidade rara, mas que deve sempre ser considerada no diagnóstico diferencial de diarreia crónica, principalmente em doentes do sexo feminino com mais de 40 anos.

Quadro 11 – Principal motivo da CE e número de doentes

Estudo de quistos pancreáticos	Seguimento	3		Obstipação crónica	1
	Primeira consulta	1		Colite microscópica	1
Pancreatite crónica		1		Doença celíaca	1
Quistos biliares simples		1		Estudo de dilatação do colédoco em doente sob tamoxifeno para Ca mama	1

Concluindo...

Dos três módulos descritos anteriormente e nos quais tive a oportunidade de participar durante o estágio, a CE foi, de facto, aquele no qual apliquei mais tempo.

Desde o primeiro contacto, constatei que todos os profissionais de saúde eram extremamente recetivos à minha presença na consulta, tentando integrar-me na sua dinâmica pessoal e fazendo uma pequena exposição do caso clínico antes do doente entrar no gabinete. Adicionalmente, tive a oportunidade discutir noções e conceitos teóricos que foram surgindo durante a consulta, bem como a melhor abordagem de vigilância e/ou terapêutica para o doente, o que otimizou a minha compreensão das decisões tomadas pelo médico.

Considero também que a dinâmica da CE é particularmente útil nesta fase da minha formação, por dois motivos essenciais. O primeiro prende-se com o facto de ser um ambiente intenso, com agendamento de muitos doentes, o que obriga o profissional a fazer um *shift* mental entre várias patologias e entre diversos casos, simultaneamente estimulando o raciocínio. O segundo motivo relaciona-se com o desenvolvimento da capacidade de improvisação, no

sentido de lidar com situações imprevistas que possam surgir. Estes imprevistos variam desde problemas nos sistemas informáticos, que atrasam a dinâmica da consulta, a doentes que não estão agendados mas que pedem para falar com o seu médico por algum motivo urgente, até alterações no agendamento dos exames dos doentes, que se apresentam na consulta sem os resultados dos mesmos.

A CE foi, pela sua interdisciplinaridade e pertinência na minha formação, a melhor modalidade para aliar conceitos teóricos à prática clínica.

7.3 Casos Clínicos

A criação de um módulo com dois casos clínicos tem como objetivo principal salientar determinados temas que despertaram em mim maior curiosidade.

Os dois casos foram observados em ambiente de consulta e, por motivarem uma maior discussão com o tutor, levaram a que procurasse mais informação acerca do assunto.

Este último módulo não pretende ser uma exposição exaustiva acerca de uma determinada patologia, mas antes um pequeno resumo do que de mais relevante encontrei na bibliografia atual, no sentido de fundamentar a abordagem adotada.

7.3.1 Caso Clínico A

Identificação: Doente do sexo masculino, de 62 anos, desempregado (foi professor de Biologia), divorciado, natural e residente no Porto

Motivo da consulta: Encaminhado pelo Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Cedofeita para a CE de Hepatologia por positividade de anticorpo anti-VHC.

História da doença atual: Doente assintomático, tendo sido detetado anticorpo anti-VHC positivo em análises de rotina, sem mais alterações de relevo (VHB e vírus da imunodeficiência humana [VIH] negativos). Refere passado de consumo de drogas, injetáveis (heroína) e inaladas (cocaína). Atualmente é consumidor de canábis e tabaco (52,5 UMA). Hábitos alcoólicos pesados, nunca inferiores a 60g/dia.

Plano: Pedidas ecografia abdominal, Fibroscan®, carga viral + genótipo VHC.

Antecedentes patológicos: DRGE, hérnia do hiato, ambas diagnosticadas em 2010.

Medicação habitual: Metadona (seguimento na CE do CAT de Cedofeita).

A infeção pelo VHC é uma das principais causas de doença hepática crónica em todo o mundo. Atualmente, estima-se que entre 7,3 e 8,8 milhões de indivíduos estejam infetados com o VHC na Europa, o que, comparativamente com dados de 1997, representa uma duplicação da prevalência⁽¹⁰⁾.

Foram descritos sete genótipos do VHC, numerados de 1 a 7, e um grande número de subtipos⁽¹¹⁾, que se identificam por letras minúsculas. O genótipo 1 é o mais prevalente em todo

o mundo, com diferenças geográficas marcadas ao nível do subtipo (1b na Europa e 1a nos Estados Unidos da America). O genótipo 3b é particularmente prevalente na população europeia com história de consumo de drogas injetáveis⁽¹²⁾, grupo no qual se inclui o doente observado na consulta. Esta diferenciação genética é de vital importância para a escolha da estratégia terapêutica.

O caso inicial do doente não pode ser afirmado como uma infeção crónica pelo VHC, tendo como único resultado a positividade do anticorpo anti-VHC. De facto, excluindo os falsos-positivos, este resultado revela unicamente que já houve contacto com o vírus, sendo compatível com várias situações:

- Infeção ativa aguda
- Infeção ativa crónica
- Infeção passada resolvida/curada⁽¹³⁾

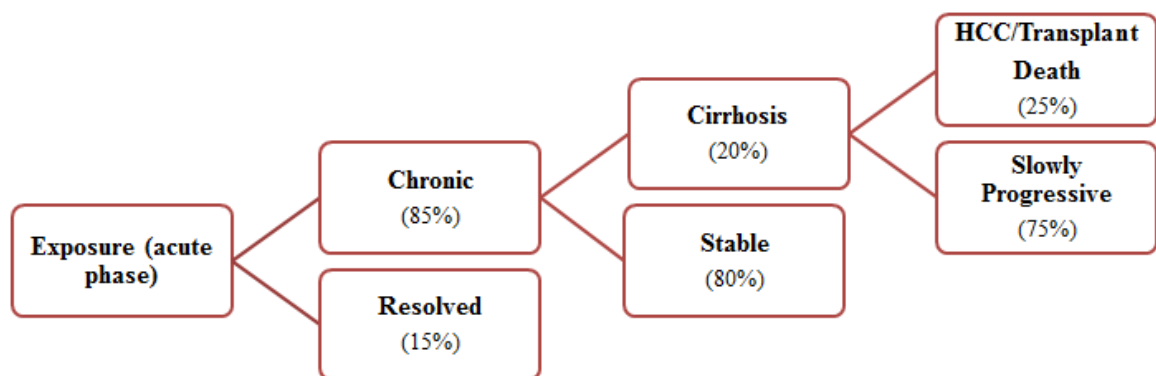


Figura 1 – Evolução da infeção pelo VHC⁽¹⁴⁾

Nesta fase é, então, importante completar o estudo do vírus e documentar a infeção ativa, o que pode ser feito através da medição da carga viral (serologia do ácido ribonucleico do VHC) e genotipagem do VHC.

No contexto do estadiamento da hepatite C crónica, a determinação do grau de fibrose é muito importante para a decisão do início da terapêutica⁽¹⁵⁾.

Apesar da progressão da infeção pelo VHC ser relativamente lenta nas décadas iniciais, e de não sabermos há quanto tempo o doente tem o anti-VHC positivo, há fatores de risco que aceleram o processo fibrótico hepático (Quadro 12).

Non-modifiable	Modifiable
Duration of HCV infection	High alcohol consumption (≥ 20 -50 g/d)
Older age at infection	Insulin resistance
Male sex	Obesity
Presence of baseline fibrosis	Metabolic syndrome
HIV or HBV co-infection	Daily cannabis use
Infection with HCV genotype 3	
Gene polymorphisms involved in iron overload/inflammatory pathways	
Latin ethnicity	

HCV: Hepatitis C virus; HIV: Human immunodeficiency virus; HBV: Hepatitis B virus.

Figura 2 – Fatores de risco para progressão da fibrose hepática na infecção por VHC⁽¹⁶⁾

Quatro fatores de risco são comuns ao nosso doente (sexo masculino, consumo de álcool, tabagismo e consumo de canábis). Assim, é de vital importância iniciar a primeira abordagem aliando o estudo imagiológico do fígado ao estudo do vírus.

Apesar da biópsia ser ainda considerada o *gold-standard* para avaliação do grau de fibrose hepática⁽¹⁷⁾, a sua acuidade diagnóstica não é de 100%, sendo um exame invasivo e, como tal, sujeito a complicações graves^(18,19). Assim, ao longo dos últimos anos, verificou-se o desenvolvimento de múltiplos exames e técnicas não invasivas que permitem a avaliação de fibrose hepática, evitando os riscos associados à biópsia^(17, 20).

O exame imagiológico não invasivo requisitado durante a consulta foi o Fibroscan®, que utiliza um sistema de ultrassons semelhante à ecografia comum, mas projetada de forma a medir a rigidez hepática, com resultados em kPa (consensualmente, um valor superior a 12kPa é muito sugestivo de cirrose hepática). É um exame seguro, bem tolerado pelos doentes, que pode ser utilizado periodicamente para avaliar a evolução ou eversão da fibrose. Por ser um exame fiável e objetivo, encontra-se atualmente validado para o estudo do fígado de doentes com infecção VHC⁽¹⁹⁾, sendo inclusive a determinação, ou não, do início do tratamento anti-viral uma das suas indicações formais⁽²¹⁾.

Uma vez analisados os resultados dos exames pedidos, integrando-os com os fatores de risco e sintomatologia apresentada pelo doente, o clínico poderá, ou não, iniciar uma terapêutica anti-viral específica. Se for confirmado o quadro de cirrose hepática, será igualmente pertinente integrar o doente no rastreio periódico de CHC e de rutura de VE (Anexo 2).

7.3.2 Caso Clínico B

Identificação: Doente do sexo masculino, de 57 anos, comerciante, casado, natural do Porto e residente em Ermesinde.

Motivo da consulta: Seguimento de doente com sintomas de refluxo gastroesofágico.

História da doença atual: Refere dor em queimação na zona retroesternal, que surge meia hora depois das refeições e que piora com o deitar, sem posição antálgica. Associada a enfartamento pós-prandial. Nega regurgitação, tosse ou rouquidão. Sintomatologia ocorre 3-4 vezes por semana, com cerca de 2 anos de evolução. Medicado com IBP (pantoprazol, 20mg 2x/dia), com escassa melhoria sintomática.

Estudo cardíaco prévio, EDA, pHmetria e manometria esofágicas sem alterações.

Fumador de 40 UMA, consumo alcoólico de aproximadamente 36g/dia.

Plano: Mantém IBP 2x/dia + nitroglicerina sublingual e gel antiácido em SOS. Agendada nova consulta em 2 meses.

Antecedentes patológicos: Hipertensão arterial; Diabetes mellitus tipo 2 não insulino-tratada.

Medicação habitual: Pantoprazol 20mg (2cp/dia); Amilorida 5mg + Hidroclorotiazida 50mg (1cp/dia); Metformina 1000mg (1cp/dia).

A DRGE é uma condição na qual o refluxo de conteúdos gástricos para o esófago causa sintomas problemáticos e/ou complicações, afetando 10-20% dos adultos em países ocidentais⁽²²⁾. É uma doença com grande peso na sociedade, em termos de custos económicos para o sistema de saúde e diminuição na qualidade de vida, com interrupções no sono, atividade laboral e relações sociais^(23,24).

Os sintomas de refluxo são altamente prevalentes, não só em consultas especializadas de Gastreenterologia, mas também ao nível dos cuidados de saúde primários.

Pirose e regurgitação, por vezes associados a dor retroesternal e disfagia, são os dois sintomas cardinais de DRGE que, no entanto, podem estar presentes em condições sem exposição patológica ao ácido gástrico⁽²⁵⁾.

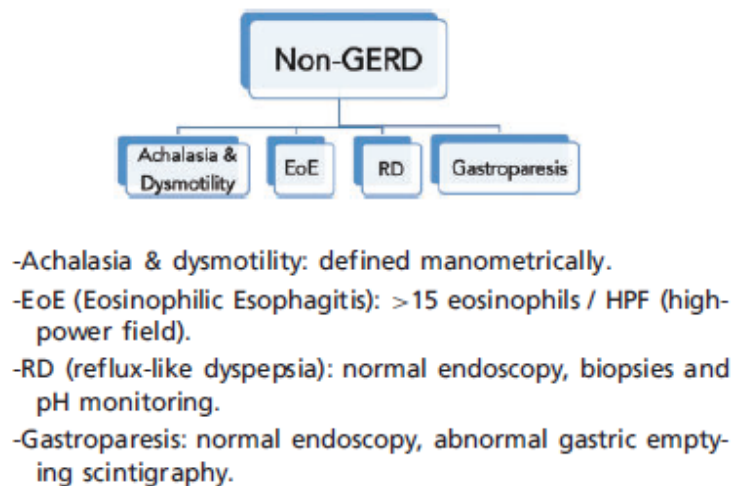


Figura 3 – Causas de sintomas de refluxo gastroesofágico refratário não-DRGE⁽²⁵⁾

Não há critérios consensualmente definidos ou exame auxiliar diagnóstico *gold-standard* para a confirmação de DRGE. O diagnóstico assenta na combinação de três fatores essenciais: apresentação dos sintomas, resultado de exames auxiliares de diagnósticos, como EDA, pHmetria e manometria esofágica, e resposta à terapêutica anti-secretora.

O estudo com exames imagiológicos e/ou de motilidade esofágica é frequentemente desnecessário, uma vez que os sintomas clássicos (pirose e regurgitação ácida) são suficientemente específicos para identificar a presença da patologia e iniciar terapêutica médica⁽²⁶⁾.

A supressão ácida com IBP tornou-se o tratamento de escolha inicial para a DRGE, sendo frequentemente instituído de forma empírica. Contudo, apesar da eficácia desta classe farmacológica, aproximadamente 30% dos doentes não apresentam uma resposta favorável, que se pode quantificar como falência total, se não houver nenhuma melhoria nos sintomas, ou parcial, caso se observe uma melhoria pouco significativa. A DRGE com falência do tratamento com IBP é, atualmente, a forma mais prevalente de DRGE na prática da especialidade⁽²⁷⁾.

Existe, no entanto, um grupo de doentes que apresenta sintomas típicos de DRGE, mas sem evidência de refluxo ácido patológico à monitorização com pHmetria e EDA. Esta alteração é classificada como pirose funcional⁽²⁸⁾, que é a causa mais comum para falência do tratamento com IBP^(29,30). Apesar dos mecanismos fisiopatológicos ainda não estarem totalmente esclarecidos, estudos recentes apontam para que haja um aumento significativo na sensibilidade esofágica a estímulos químicos, mecânicos e elétricos⁽³¹⁻³⁴⁾.

ROME IV CRITERIA

A diagnosis of functional heartburn requires all of the following criteria be fulfilled for the last three months with symptom onset at least six months prior to the diagnosis:

- 1. Burning retrosternal discomfort or pain**
- 2. Absence of symptom relief despite optimal antisecretory therapy**
- 3. Absence of evidence that gastroesophageal reflux (abnormal acid exposure and symptom reflux association) or eosinophilic esophagitis is the cause of symptoms**
- 4. Absence of major esophageal motor disorders (achalasia/EGJ outflow obstruction, diffuse esophageal spasm, jackhammer esophagus, absent peristalsis)**

Figura 4 – Critérios de Roma IV para diagnóstico de pirose funcional⁽³⁵⁾

Relativamente ao caso apresentado, estamos perante uma situação de falência parcial aos IBP, num doente com sintomas típicos de refluxo gastroesofágico e estudo endoscópico e de motilidade sem alterações. Com a dose de IBP otimizada, e segundo o algoritmo do Anexo 4, destacam-se duas hipóteses: ou estamos perante um caso de pirose funcional, ou diante de uma patologia que não DRGE, mas que cursa com sintomatologia idêntica.

Estes dois cenários, que parecem ser os mais prováveis, estiveram na base da abordagem final da consulta, com o objetivo de atuar em duas frentes. Por um lado, a nitroglicerina sublingual irá atuar de forma a relaxar o esófago durante as crises, antecipando um possível quadro de disfunção da motilidade, como espasmo esofágico difuso. Por outro, antiácido irá neutralizar o ácido gástrico que refluíu para o esófago, se este mecanismo estiver patologicamente presente.

A resposta do doente a esta nova abordagem, a avaliar na próxima consulta, dará ao clínico pistas mais concretas sobre se deve considerar estar perante um caso de pirose funcional ou se, pelo contrário, deverá iniciar uma nova abordagem para uma patologia não-DRGE (Figura 3).

8. CONCLUSÃO

Apesar de curto, este estágio concedeu-me a oportunidade e o privilégio de estar totalmente integrada no serviço de Gastreenterologia, bem como estar a par de todo o trabalho de equipa e interdisciplinaridade necessários para a gestão de um departamento hospitalar de grande afluência.

Adquiri competências ao nível da consolidação de noções teóricas e, acima de tudo, práticas. Cimentei conhecimentos relativamente a quadros clínicos das principais patologias digestivas, novas técnicas de diagnóstico e terapêutica e abordagens a adotar segundo as *guidelines* mais atuais, percebendo que a Gastreenterologia é, de facto, uma especialidade médica altamente abrangente e complexa.

A vertente prática permitiu uma aprendizagem direta e contínua, indo sempre de encontro à minha motivação pessoal e expectativas para este projeto.

A equipa com a qual me cruzei desempenhou um papel fundamental nesta aprendizagem, permitindo que o estágio decorresse sem incidentes e que todos os objetivos fossem cumpridos. De facto, todos os profissionais de saúde foram extraordinariamente recetivos à minha presença e colocaram todo o seu conhecimento ao meu dispôr, de forma a esclarecer dúvidas que surgiam e discutir eventuais temas mais pertinentes.

Particularmente importante neste ano profissionalizante, o estágio foi verdadeiramente uma experiência enriquecedora, não só do ponto de vista académico, mas também do pessoal e, num futuro muito próximo, profissional.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Natário A, Curado A, Ribeiro A, Cremers I, Velosa J, Matos L, et al. Rede de Referenciação Hospitalar de Gastroenterologia. Direcção-Geral da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Lisboa: ACSS, 2009. - 64 p.
- 2) Lefton HB, Rosa A, Cohen M. Diagnosis and Epidemiology of Cirrhosis. *Med Clin N Am* 93 (2009) 787–799.
- 3) Tursi T. Use of β -blocker therapy to prevent primary bleeding of esophageal varices. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22 (2010) 640–647.
- 4) Yoshida H, Mamada Y, Tani N, Yoshioka M, Hirakata A, Kawano Y, et al. Risk Factors for Bleeding Esophagogastric Varices. *J Nippon Med Sch* 2013; 80(4).
- 5) Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Exam 1: Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review. *Gastroenterology*, Volume 142, Issue 1, January 2012, Page e30.
- 6) Manning-Dimmitt LL, Dimmitt SG, Wilson GR. Diagnosis of Gastrointestinal Bleeding in Adults. *American Family Physician* . 4/1/2005, Vol. 71 Issue 7, p1339-1346.
- 7) Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, Lukacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) workshop. *Am J Gastroenterol*. 2015 Jan;110(1):127-36.
- 8) Coyle WJ, Pancreatic Cysts: New Guidelines and Controversies in 2015. *ACG* 2015
- 9) Vege SS, Ziring B, Jain R, Moayyedi P. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Asymptomatic Neoplastic Pancreatic Cysts *Gastroenterology* 2015;148:819–822.
- 10) Hepatitis C. *Wkly Epidemiol Rec* 1997;72:65–69.
- 11) Rantala M, van de Laar M. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe – a review. *Eur Surveill* 2008;13(21).
- 12) European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* (2013).
- 13) Hepatitis C Guidance: AASLD-IDS Recommendations for Testing, Managing, and Treating Adults Infected With Hepatitis C Virus.
- 14) Esteban JI, Saulea S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J Hepatol* 2008;48:148–162.

- 15) Serejo F, Marinho R, Velosa J, Costa A, Moura MC. Elastografia hepática transitória, um método não invasivo para avaliação da fibrose em doentes com hepatite C crónica. *J port Gastreenterol* 2007, 14: 8-14.
- 16) Sebastiani G, Gkouvatsos K, Pantopoulos K. Chronic hepatitis C and liver fibrosis - *World J Gastroenterol*. 2014 Aug 28; 20(32): 11033–11053.
- 17) Marinho R, Serejo F, Velosa J, Moura MC. Utilidade da elastografia hepática transitória (Fibroscan®) na cirrose hepática. *J port Gastreenterol* 2007, 14: 15-20.
- 18) Castera L. Transient elastography and other noninvasive tests to assess hepatic fibrosis in patients with viral hepatitis. *J Viral Hepat* 2009 May;16(5):300-14.
- 19) Baranova A, Lal P, Binerdinc A, Younossi ZM. Non-invasive markers for hepatic fibrosis. *BMC Gastroenterol* 2011 Aug 17;11:91.
- 20) Tatsumi C, Kudo M, Ueshima K, Kitai S, Ishikawa E, Yada N, et al. Non-invasive evaluation of hepatic fibrosis for type C chronic hepatitis. *Intervirol* 2010;53(1):76-81.
- 21) Castera L. Noninvasive Methods to Assess Liver Disease in Patients With Hepatitis B or C. *Gastroenterology* 2012;142:1293–1302.
- 22) Dent J, El-Serag HB, Wallander MA. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;4:710–7.
- 23) Nocon M, Labenz J, Jaspersen D. Health-related quality of life in patients with gastro-oesophageal reflux disease under routine care: 5 year follow-up results of the ProGERD study. *Aliment Pharmacol Ther.* (2009); 29(6):662-8.
- 24) Richter JE. Gastroesophageal reflux disease and its complications. *Sleissenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, Vol 1.(2006);905–36.
- 25) Subramanian CR, Triadafilopoulos G. Refractory gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology Report* 3 (2015) 41–53.
- 26) Fock KM, Poh CH. Gastroesophageal reflux disease. *J Gastroenterol.* (2010); 45:808-815.
- 27) Dean BB, Gano AD Jr, Knight K. Effectiveness of proton pump inhibitors in non-erosive reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004;2:656–64.
- 28) Banks M. The modern investigation and management of gastroesophageal reflux disease (GORD). *Clin Med* 2009;9:600–4.
- 29) Sharma N, Agrawal A, Freeman J. An analysis of persistent symptoms in acid suppressed patients undergoing impedance pH monitoring. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6:521.

- 30) Mainie I, Tutuian R, Shay S. Acid and nonacid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance pH monitoring. *Gut* 2006; 55:1398.
- 31) Siddiqui A, Rodriguez SS, Zubaidi S, Miner PB Jr. Esophageal visceral sensitivity to bile salts in patients with functional heartburn and in healthy control subjects. *Dig Dis Sci* 2005; 50:81.
- 32) Shapiro M, Green C, Bautista JM. Functional heartburn patients demonstrate traits of functional bowel disorder but lack a uniform increase of chemoreceptor sensitivity to acid. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:1084.
- 33) Mirbagheri SA, Sadeghi A, Amouie M. Pyloric injection of botulinum toxin for the treatment of refractory GERD accompanied with gastroparesis: a preliminary report. *Dig Dis Sci* 2008;53:2621.
- 34) Trimble KC, Pryde A, Heading RC. Lowered oesophageal sensory thresholds in patients with symptomatic but not excess gastrooesophageal reflux: evidence for a spectrum of visceral sensitivity in GORD. *Gut* 1995; 37:7.
- 35) Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, Miwa H, Pandolfino JE, Zerbib F. Functional Esophageal Disorders. *Gastroenterology* 2016.

10. ANEXOS

Anexo 1 – Periodicidade a adotar dos exames de vigilância, com base na histologia de polipectomia prévia

Baseline colonoscopy: most advanced finding(s)	Recommended surveillance interval (y)	Quality of evidence supporting the recommendation	New evidence stronger than 2006
No polyps	10	Moderate	Yes
Small (<10 mm) hyperplastic polyps in rectum or sigmoid	10	Moderate	No
1–2 small (<10 mm) tubular adenomas	5–10	Moderate	Yes
3–10 tubular adenomas	3	Moderate	Yes
>10 adenomas	<3	Moderate	No
One or more tubular adenomas ≥ 10 mm	3	High	Yes
One or more villous adenomas	3	Moderate	Yes
Adenoma with HGD	3	Moderate	No
Serrated lesions			
Sessile serrated polyp(s) <10 mm with no dysplasia	5	Low	NA
Sessile serrated polyp(s) ≥ 10 mm	3	Low	NA
OR			
Sessile serrated polyp with dysplasia			
OR			
Traditional serrated adenoma			
Serrated polyposis syndrome ^a	1	Moderate	NA

NOTE. The recommendations assume that the baseline colonoscopy was complete and adequate and that all visible polyps were completely removed.

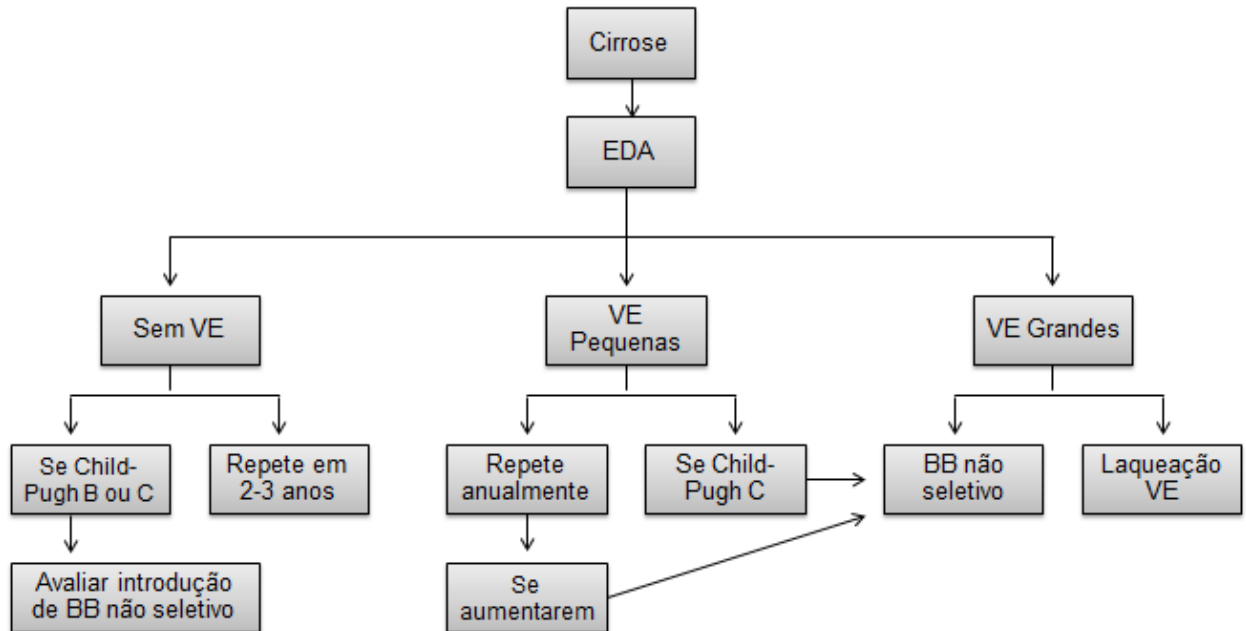
NA, not applicable.

^aBased on the World Health Organization definition of serrated polyposis syndrome, with one of the following criteria: (1) at least 5 serrated polyps proximal to sigmoid, with 2 or more ≥ 10 mm; (2) any serrated polyps proximal to sigmoid with family history of serrated polyposis syndrome; and (3) >20 serrated polyps of any size throughout the colon.

Retirado de:

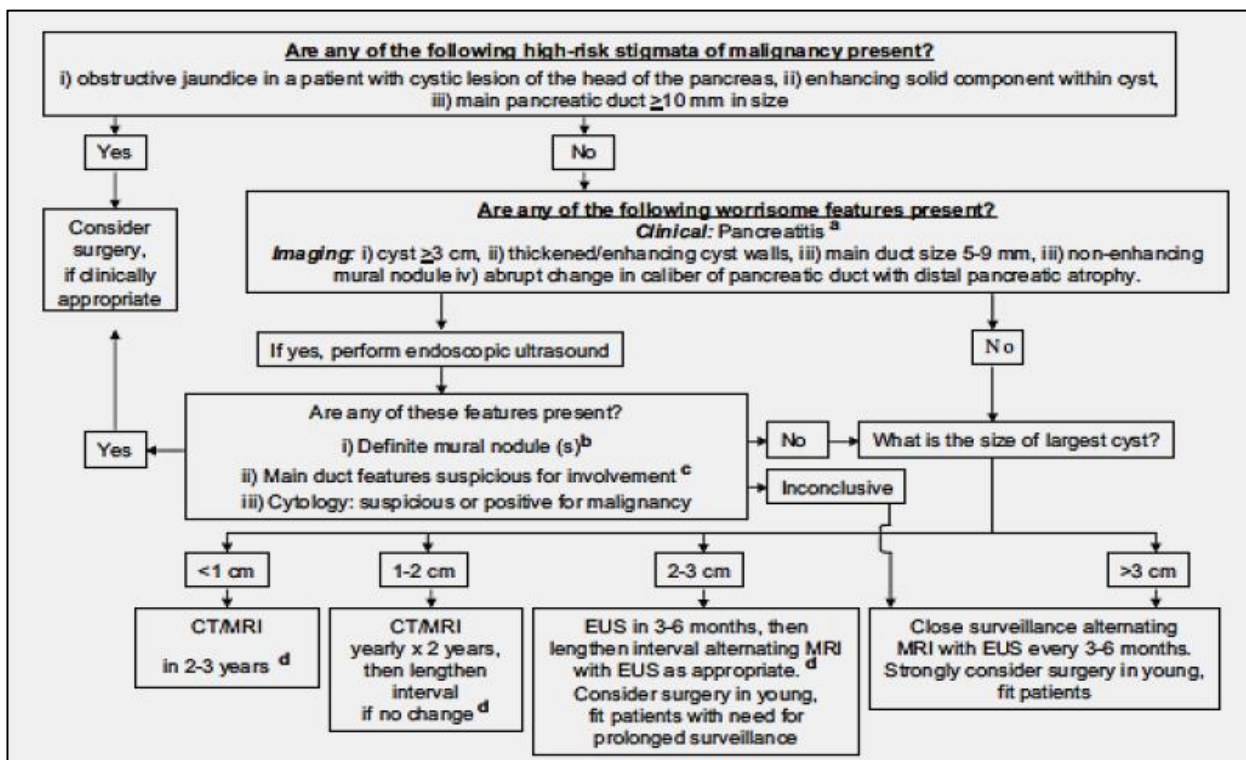
Lieberman DA, Douglas KR, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the us multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology* 2012;143:844–857.

Anexo 2 – Algoritmo de abordagem a VE em doente com cirrose hepática documentada



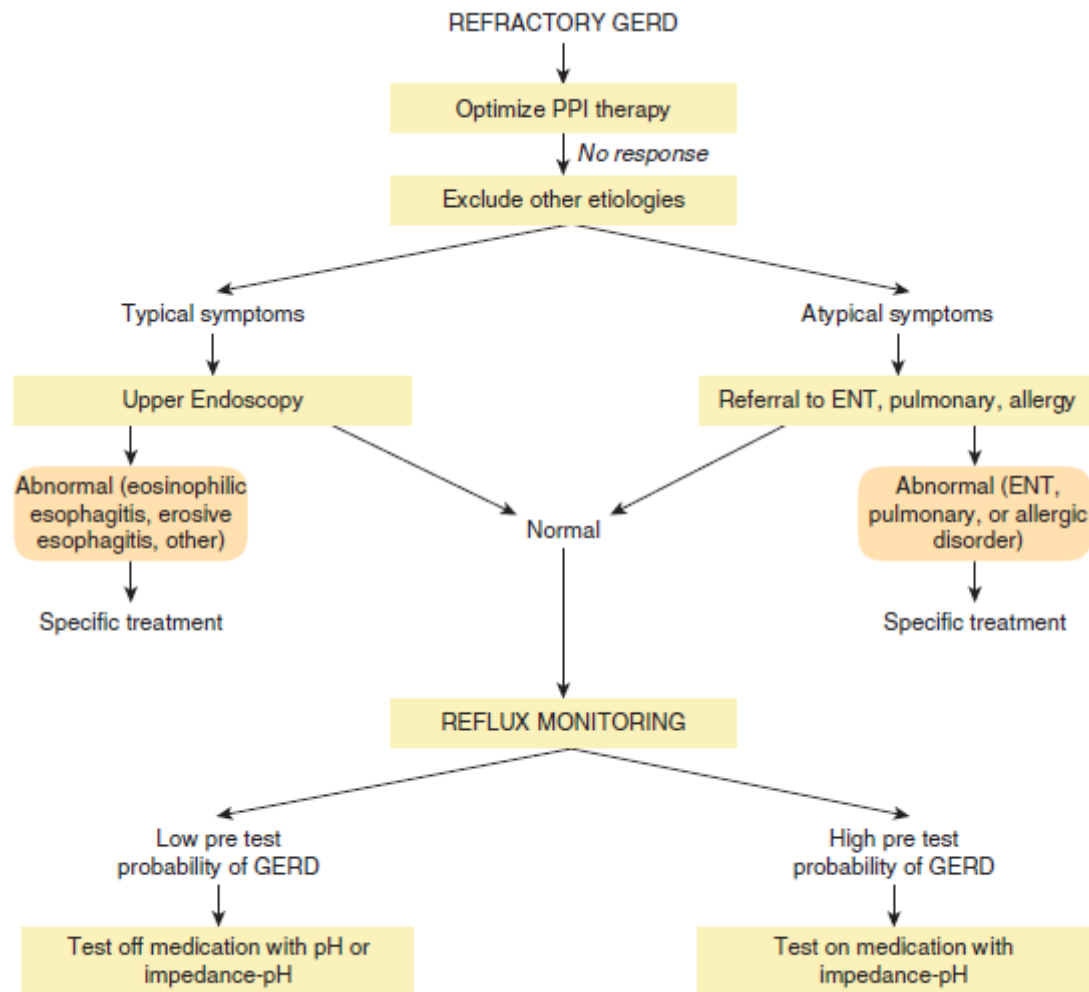
Retirado de:

Garcia-Tsao G, Sanyal AJ, Grace ND, Carey W. Prevention and Management of Gastroesophageal Varices and Variceal Hemorrhage in Cirrhosis. Hepatology, Vol. 46, No. 3, 2007.

Anexo 3 – Algoritmo de diagnóstico e vigilância de quistos pancreáticos**Retirado de:**

Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V, Chari S, Falconi M, Jang JY, et al. International Association of Pancreatology - International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatology* 2012 May-Jun;12(3):183-97.

Anexo 4 – Algoritmo de abordagem a DRGE refratária



ENT, ear, nose, and throat; PPI, proton pump inhibitor.

Retirado de:

Katz PH, Gerson LB, Vela, MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol 2013;108:308 – 328.